Le Numéro : 15 CENTIMES — Numéro Supplémentaire. — 25 Octobre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

Demain samedi paraîtra le numéro hebdomadaire avec planches en couleur

Mardi prochain paraîtra un numéro supplémentaire à l'occasion du Congrès de chirurgie

SOMMAIRE

TRAVAUX DU CONGRÈS DE CHIRURGIE, séances des mardi 22 et mercredi 23 octobre. . . . . 401 *bis*
67e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS CLIII
SOCIÉTÉS SAVANTES CLIV

CONGRÈS DE CHIRURGIE

Samedi 26 octobre. A 9 heures. Séance supplémentaire. *Questions diverses :*

Plèvre. M. Sorel, du Havre. — Traitement de la pleurésie purulente par l'ouverture large du thorax et la décortication du poumon.

M. Hassler, de Lyon. — Fistule pleurale ancienne. Opération de Detievant-Estlander. Présentation de photographies et de moulages.

M. Vaslin, d'Angers. — Curettage du médiastin antérieur pour suppuration chronique.

Axe cérébro-spinal. Nerfs périphériques. M. Malherbe, de Nantes. — Trois opérations dirigées contre une névralgie faciale rebelle. Résultats éloignés des interventions.

M. Guinard, de Paris. — Deux nouveaux cas de résection du ganglion de Meckel pour la cure de la névralgie faciale.

M. Doyen. — La chirurgie de l'encéphale.

M. Chipault, de Paris. — Quelques types cliniques nouveaux de lésions médullaires et radiculaires.

Vaisseaux. M. Bousquet, de Clermont. — Anévrysme diffus de l'avant-bras consécutif à un coup de feu. Ablation du sac. Guérison.

M. Delbet, de Paris. — Traitement des anévrysmes. Statistiques nouvelles.

M. Ricard, de Paris. — Sutures des plaies accidentelles ou opératoires des gros troncs veineux.

Tumeurs (*Pathogénie, structure*). M. Delbet, de Paris. — De la nature infectieuse du lymphadénome et sa démonstration expérimentale.

MM. Malherbe et Perrochaud, de Nantes. — Sur quelques tumeurs à tissus multiples. Épithélium calcifié de la peau. Épithélium polymorphe des glandes salivaires.

M. Poncet, de Lyon. — De l'actinomycose temporo-maxillaire.

M. Reboul, de Nîmes. — Un cas d'actinomycose thoracique.

Tumeurs (*médecine opératoire*). M. L. Girard, de Berne. — Désarticulation de l'os iliaque pour sarcome.

M. Heydenreich, de Nancy. — Un cas de tumeur énorme du testicule.

M. Hassler, de Lyon. — Fibrome pur de la paroi abdominale chez l'homme. Présentations de dessins.

Crâne. M. Chalot, de Toulouse. — Un cas d'hydromingocèle occipitale.

M. Arbagon, de Nancy. — Fractures multiples par éclatement des os du crâne et fracture indirecte du maxillaire inférieur par une balle du fusil modèle 1886. tude de la fracture perpendiculaire à l'axe du rocher.

M. Raugé, de Challes. — Analyse d'un cas d'ophtalmoplégie consécutive à une chute sur la région pariétale gauche.

Cavités de la face, organes des sens. M. Broca, de Paris. — Des végétattons adénoïdes du pharynx nasal.

M. Jonnesco, de Bucarest. — Sur un cas de rhinoplastie.

M. Moure, de Bordeaux. — Deux cas d'ostéome du conduit auditif.

Samedi soir 26 octobre. A 2 heures précises : Organes génitaux de la femme. Annexes. M. Monod, de Paris. — Résultats de l'incision vaginale dans les suppurations pelviennes.

M. Bouilly. — Des indications et de la valeur de l'incision vaginale.

M. Pozzi, de Paris. — Contribution à l'étude des tumeurs papillaires de l'ovaire.

M. Reynier, de Paris. — Traitement de l'hématocèle péri-utérine.

M. Lejars, de Paris. — Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne.

M. Demoulin, de Paris. — Sur un cas de grossesse tubaire terminée par rupture et guérie par l'intervention.

MM. Picqué, de Paris, et Février, de Nancy. — Tuberculose génitale chez la femme.

M. Vautrin, de Nancy. — Quelques considérations sur l'extirpation des fibromes du ligament large.

M. Pamard, d'Avignon. — Inutilité de l'ablation des ovaires, même altérés, pour guérir l'hystérie.

M. Vaslin, d'Angers. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes dans certains cas de métro-ovarite chronique.

Utérus. M. Richelot, de Paris. — 1° L'hystérectomie abdominale totale. 2° Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale. Statistique générale. Considérations sur quelques faits particuliers.

M. Tournay, de Bruxelles. — Modifications au procédé « définitif » d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins (méthode de Richelot).

M. Péan, de Paris. — Statistique des opérations faites sur l'utérus.

M. Segond, de Paris. — Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale.

M. Reynier, de Paris. — Traitement des lésions de l'uretère dans les interventions par la voie vaginale.

M. Routier, de Paris. — L'occlusion intestinale dans l'hystérectomie vaginale.

M. Le Bec, de Paris. — Hystérectomie abdominale totale pour gros fibromes.

M. Jonnesco, de Bucarest. — Hystérectomie vaginale.

M. Moulonguet, d'Amiens. — De l'hystérectomie vaginoabdominale totale.

M. Delaunay, de Paris. — Ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus.

M. Chalot, de Toulouse. — L'opération d'Alexander modifiée.

M. Berrut, de Paris. — Traitement de la procidence du vagin.

Samedi soir (salle de correspondance). *A 4 heures.* Présentation de malades, de pièces pathologiques, d'appareils.

M. Chipault, de Paris. — Présentation de malades. 1° Ablation d'une esquille de fracture indirecte des vertèbres dorsales inférieures. Guérison des accidents médullaires. 2° Suture des apophyses dans un cas de luxation récidivante des vertèbres cervicales. 3° Résection intraducale des racines postérieures pour névralgie radiculaire de la huitième racine cervicale droite. Guérison après un an.

M. Desprez, de Saint-Quentin. — De l'emploi en chirurgie des appareils à base de gutta-percha perfectionnés.

M. Lavaux, de Paris. — Electrolyseur de Jardin modifié.

67e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

Tenue à Lubeck du 16 au 21 septembre 1895.

Section de chirurgie

Dums a rapporté trois cas de **fractures spontanées** qui se sont produites dans des conditions tout à fait particulières. Dans le premier il s'agit d'une jeune fille qui après avoir dansé toute la soirée se fracture le fémur au moment où elle se déchaussait. La fracture qui occupait le tiers moyen du fémur, guérit très rapidement. Le second cas, est celui d'un soldat très vigoureux qui, poussé par un camarade, tombe par terre et se fracture le fémur au niveau du tiers moyen de l'os. Ce qu'il y avait de particulier dans ces deux cas, mais surtout dans le second, c'est l'absence presque complète de la douleur au niveau des fragments. Le second malade guérit au bout de six semaines avec un raccourcissement de 2 centimètres 1/2.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un soldat qui, au cours d'une marche forcée, s'arrête, puis fait quelques pas pour s'appuyer contre une borne et tombe enfin par terre. A l'hôpital où il fut transporté, on trouva les signes classiques d'une fracture du col du fémur.

Petersen a observé trois cas de ce genre. Le premier est celui d'un garçon de huit ans qui, depuis quelque temps, se plaignait de douleurs dans la partie inférieure du fémur. Un jour, en allant à l'école, il tombe, se relève, tombe de nouveau, et à l'examen présente une fracture transversale de l'extrémité inférieure du fémur. La consolidation échoua avec les procédés ordinaires et ne réussit qu'après le traitement d'après la méthode de Bier.

Dans le second cas, il s'agit d'une fracture de la partie moyenne du fémur, survenue chez une femme enceinte au moment où elle se promenait dans sa chambre. La consolidation s'effectua après l'accouchement. Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une fracture du col du fémur produite par des kystes hydatiques.

Quant à la pathogénie de ces fractures, **Landerer** pense que la plupart de ces fractures spontanées surviennent chez des syphilitiques, non seulement en cas d'ostéite gommeuse, mais encore par suite d'une atrophie syphilitique générale du système osseux. L'anémie générale peut aussi produire une atrophie du système osseux.

Werth a justement observé deux cas de fractures spontanées, où dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de souche tuberculeuse, qui s'est fracturé le fémur au moment où il ôtait son patin. Le second cas a été observé chez un syphilitique dont l'infection datait de dix-neuf ans.

Kümmel a abordé la question palpitante du **traitement des appendicites.** Les cinquante cas dans les-

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

quels il a eu l'occasion d'intervenir lui ont laissé l'impression qu'au point de vue clinique il était impossible d'établir une distinction entre l'appendicite simple et l'appendicite perforante. Dans certaines périty phlites suppurées et même putrides, l'appendicite ne présentait souvent pas de perforation. Dans ces cas, il s'agissait moins d'un processus perforatif que d'une lymphangite, d'un phlegmon septique où l'infection streptococcique joue le premier rôle.

D'après Kümmel, il faut se montrer relativement conservateur à la période aiguë de l'appendicite, et l'intervention doit être la règle dans l'appendicite à récidives fréquentes. L'opération n'est pas, dans ces cas, plus dangereuse que l'ovariotomie, et sur cinquante et un opérés de cette catégorie, Kümmel n'a perdu qu'un seul malade.

Nous signalerons également l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique que **Hoffa** préconise pour remédier aux **difformités consécutives à la coxite**. Il fait une longue incision qui part du sommet du trochanter pour descendre sur le côté externe du fémur, et divise toutes les parties molles jusqu'à l'os. Il introduit ensuite dans l'angle de la plaie la gouge de Kœnig et divise l'os obliquement en dirigeant l'instrument vers le petit trochanter. L'os étant divisé, on met le membre dans un appareil à extension qui a pour effet de faire glisser le fragment inférieur sur la face de section du fragment supérieur. En dirigeant l'extension d'une façon appropriée, on arrive non seulement à corriger la position du membre, mais encore à lutter contre le raccourcissement.

En fait de voies urinaires nous avons deux communications. L'une est de **Casper** et se rapporte à la question du **lavage des bassinets dans la pyélite**. Casper a notamment rapporté deux cas de pyélite gonorrhéique, un de pyélite double aiguë, l'autre de pyélite chronique, guéris tous les deux par les lavages des bassinets avec des solutions antiseptiques, à travers une sonde introduite dans l'uretère.

Dans le premier cas, la sonde est restée en place trois jours et tous les jours on faisait des lavages du bassinet, suivis d'instillations d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 100. Dans le second cas, on a pratiqué le cathétérisme à six reprises et lavé les bassinets six fois. Les malades qui avaient été auparavant traités sans succès par les méthodes usuelles ont guéri fort bien et Casper en conclut que dans ces cas ce sont les lavages des bassinets qui ont amené la guérison et que ces lavages, qui ne comportent aucun inconvénient, sont indiqués dans la pyélite gonorrhéique ou de toute autre origine.

La seconde communication est celle de **Nitze** sur l'**ablation intra-vésicale des tumeurs de la vessie**. Jusqu'à présent, Nitze a employé sa méthode dans vingt et un cas, chez quatre femmes et dix-sept hommes, dont l'âge a varié entre vingt et soixante-quinze ans, et les faits qu'il a observés lui permettent d'affirmer que pour les tumeurs malignes la récidive n'est pas plus fréquente qu'avec la taille hypogastrique.

L'opération se fait de la façon suivante. Avec une anse de galvanocautère, fixée au cystocope, on enlève une certaine portion de la tumeur. On retire l'instrument et on dit au malade d'uriner. La portion extirpée est expulsée avec l'urine, et le lendemain ou au bout de quelques jours on procède à une seconde séance, puis à une troisième jusqu'à ce qu'on ait enlevé toute la tumeur, et on cautérise la base avec le galvanocautère.

L'hémorrhagie est peu abondante et s'arrête facilement. L'opération se fait avec de la cocaïne et après chaque séance le malade peut retourner à ses affaires.

Tels sont les faits saillants que nous avons cru devoir signaler au lecteur. Nous avons laissé de côté une discussion fastidieuse sur l'ostéoplastie et la greffe de Thiersch, plusieurs cas d'intervention pour ulcère perforé d'estomac, deux cas d'ostéo-myélite avec streptocoques et staphylocoques dans le sang, un cas d'ablation d'une tumeur du cerveau, etc., etc.

Section de gynécologie

Werth a fait une longue communication sur la **régénération de la muqueuse utérine après le curettage**, dont il y a à retenir que la régénération, d'après les pièces étudiées, débute vers le quatrième jour, pour être terminée vers le seizième jour après l'opération. Mais ce qui nous fait signaler cette communication, c'est la discussion qui s'engageait sur les **indications des cautérisations après le curettage**. Parmi les pièces examinées par Werth, il y avait deux pièces d'endométrite glandulaire où, après le curettage, on avait fait à une malade une injection de perchlorure de fer, à l'autre, un simple lavage. Dans les deux cas où l'hystérectomie a été faite vingt-sept jours après le curettage, la muqueuse utérine était complètement régénérée. Or tandis que dans le premier cas où l'on avait fait l'injection de perchlorure de fer, la muqueuse régénérée avait repris son caractère normal, dans le second, le stroma était infiltré et les glandes dilatées, et Werth en conclut en faveur des cautérisations énergiques, faites immédiatement après le curettage de la cavité utérine.

Ces cautérisations, fortement prônées encore par **Schutz**, par **Glavecke**, ont été vivement combattues par **Prochownik**, par **Leopold**, surtout par **Gottschalk**. Gottschalk a fait notamment observer que les injections étant maintenant devenues d'une pratique courante, on peut avec juste raison craindre des accidents, si l'opération est faite par des médecins peu expérimentés. En second lieu, quand ces cautérisations ne sont pas faites par principe, avant quinze jours après l'opération, on voit bon nombre d'opérées guérir sans cette intervention supplémentaire. Enfin, dans les cas où le curettage est réellement indiqué, la récidive tient moins à ce qu'on avait laissé de la muqueuse malade, mais à une nouvelle infection descendante de la cavité utérine, les endométrites en question étant presque toujours d'origine tubaire ou ovarique.

Au cours de la discussion, **Leopold** a attiré l'attention sur une **forme particulière de métrorrhagies** que l'on rencontre chez les femmes à l'époque de la ménopause. Dans ces cas où les métrorrhagies tiennent à l'état athéromateux des vaisseaux utérins, le curettage et les cautérisations échouent forcément et le seul traitement rationnel en l'espèce serait, d'après Leopold, l'hystérectomie. **Gottschalk**, qui a observé deux cas de ce genre a obtenu la guérison par la simple ligature des artères utérines. Il pense donc que cette ligature peut avantageusement remplacer l'hystérectomie.

Nous citerons, en second lieu, une longue discussion sur le traitement du **prolapsus utérin**. **Fehling** s'est contenté de passer en revue les méthodes usuelles pour signaler, à la fin, le procédé qui a ses préférences. Chez les jeunes femmes chez lesquelles le prolapsus, très léger, se produit après l'accouchement, le séjour prolongé au lit, certaines mesures favorisant l'involution de l'utérus peuvent amener la guérison. Les pessaires de forme ovale peuvent rendre de grands services chez les femmes jeunes encore, dont le prolapsus est moyen. Chez les vieilles femmes et dans les cas où l'intervention est contre-indiquée, l'opération de Freund donnera des résultats satisfaisants. Pour tous les autres cas où il faut opérer, on combinera les anciens procédés avec la ventrofixation d'Olshausen qui donne encore 20 pour 100 de récidive et a l'inconvénient de prédisposer aux hernies ventrales, ou mieux encore avec la vaginofixation de Duhrssen-Mackenrodt.

Quant à l'hystérectomie combinée avec la colpo-périnéorrhaphie, qui ne donne que 7 pour 100 de récidive mais une mortalité de 10 pour 100, Fehling la réserve aux cas où l'utérus prolabé a subi des modifications considérables. Tout en acceptant ces conclusions, **Prochownik** a avoué ne pas être partisan de la vaginofixation qui, pour lui, ne garantissait nullement contre la récidive. Quant à l'hystérectomie, elle ne donnerait des résultats que chez les femmes âgées de moins de quarante ans.

On nous permettra d'attirer tout particulièrement l'attention sur la communication de **Gottschalk** qui a réellement dit des choses méritant d'être prises en considération. Laissant de côté les cas envisagés jusqu'à présent, il a considéré ceux où le prolapsus est un phénomène partiel, d'une entéroptose générale où, à côté de l'utérus prolabé, on trouve les reins déplacés, des hernies, etc. Dans ces cas, Gottschalk a toujours obtenu des résultats excellents en combinant la colpo-périnéorrhaphie avec l'opération d'Alquié-Alexander, le raccourcissement des ligaments ronds, maintenant l'utérus dans sa position presque normale et s'opposant à la récidive.

Pour d'autres cas, le hasard, l'observation d'un cas compliqué de suppuration pelvienne, lui a donné l'idée d'une opération qu'il a exécutée avec succès et qui, depuis, lui a toujours fourni des résultats excellents. L'opération en question consiste à faire la colporrhaphie médiane, avec ouverture du cul-de-sac de Douglas, à laisser un orifice béant dans le cul-de-sac postérieur du vagin et de drainer à travers cet orifice le cul-de-sac de Douglas avec de la gaze iodoformée. Le tamponnement amène la formation des adhérences solides qui attirent et fixent le col en haut et en arrière. En somme, l'opération est une colporrhaphie médiane avec fixation intra-péritonéale du col par des adhérences.

ACADÉMIE DES SCIENCES

21 Octobre 1895.

La sérothérapie dans le traitement du cancer. — MM. Richet et **Héricourt** ont pu, depuis leur première communication sur le sérum anticancéreux, étudier les effets de ce sérum sur un grand nombre de malades. De ces observations personnelles, d'autres observations qui leur ont été communiquées, ils peuvent aujourd'hui tirer quelques conclusions.

Tout d'abord on a pu constater, fait complètement inattendu, que les douleurs si fréquentes et si violentes qui se produisent chez les sujets atteints de néoplasmes cancéreux, diminuaient beaucoup d'intensité.

On a remarqué aussi que les ulcérations cancéreuses se détergent, se mettent à bourgeonner, et présentent même, en certains points de leur surface, parfois assez étendus, une tendance à la cicatrisation.

De plus, on a observé, sous l'influence des injections de sérum, un affaissement très notable de la tumeur cancéreuse et des tissus qui l'entourent, en même temps qu'une diminution de volume des ganglions lymphatiques.

Enfin, dans certains cas, il y a eu retard très net dans l'évolution de la maladie et amélioration sensible de l'état général.

En somme, dans les 4/5 des cas de cancer soumis aux injections de sérum anticancéreux, il y aurait amélioration, sans que jamais cette amélioration soit allée jusqu'à la guérison ; en effet, après un mois, un mois et demi, deux mois que l'état général est resté stationnaire, les choses reviennent en l'état primitif, puis de nouveaux foyers cancéreux apparaissent et la maladie reprend son évolution fatale.

Dans ces conditions, le sérum est-il ou non spécifique? Il est bien difficile de répondre actuellement à cette question. Quoi qu'il en soit, ce que l'on peut dire, c'est que le sérum anticancéreux, plus que toute autre méthode connue, peut entraver, d'une façon transitoire, il est vrai, l'évolution fatale du cancer et que peut-être en combinant les injections avec les opérations sanglantes, on arriverait à obtenir des résultats meilleurs et plus durables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Octobre.

Traitement de la pneumonie par les inhalations de nitrite d'amyle à haute dose. — M. Hayem, étudiant les poisons du sang et plus particulièrement ceux qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, a constaté que le nitrite d'amyle pouvait être employé dans le traitement des maladies infectieuses de l'appareil respiratoire, en raison de sa volatilité et de son innocuité relative.

Le nitrite d'amyle est le type des agents méthémoglo-

Le Médicament LE PLUS ACTIF contre la

TUBERCULOSE

Bronchites chroniques, Pleurésies, Tuberculoses osseuses, Viscérales, Ganglionnaires, etc., etc., est le

CRÉOSOTAL

DE " HEYDEN " OU CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HÊTRE

Il contient 92 0/0 de Créosote et 8 0/0 d'Acide carbonique

Les estomacs les plus délicats le supportent très facilement pur aux doses de 1 à 3 ou 4 cuillerées à café par jour.

ON L'EMPLOIE AUSSI EN INJECTIONS HYPODERMIQUES

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

bimisants, transformant l'hémoglobine *in situ*, dans le globule, sans le détruire, sans amener l'anémie globulaire et l'altération du sang par les débris de globules, comme le font les chlorates.

M. Hayem a pu faire respirer à l'homme, en une seule séance, 60, 80 et même 100 gouttes de nitrite d'amyle, sans accident. Ses essais ont porté sur la tuberculose pulmonaire et la pneumonie.

Le traitement de la pneumonie a donné des résultats très satisfaisants.

On verse d'emblée une quinzaine de gouttes de nitrite d'amyle pur au centre d'une compresse maintenue à deux ou trois centimètres en avant du nez et de la bouche du malade; on renouvelle deux ou trois fois cette dose, et on use ainsi dans une séance de cinq minutes une cinquantaine de gouttes du médicament. On observe les effets habituels du nitrite d'amyle : rougeur de la face, accélération des battements artériels et des mouvements respiratoires; à la fin, il existe un peu de cyanose et d'engourdissement.

Dans les cas ordinaires, une inhalation par jour suffit; dans les cas graves, il faut une inhalation matin et soir. On poursuit le traitement deux ou trois jours après la défervescence. Ce traitement n'empêche pas l'usage de l'alcool ni les bains.

Il n'a pas d'action sur la durée de la maladie ni sur la marche de la température. Ses effets sont locaux, pulmonaires, et consistent en une diminution plus ou moins marquée et rapide de la dyspnée et en une modification des crachats qui deviennent moins visqueux.

Le nitrite d'amyle a-t-il une action antimicrobique? Chez les animaux, il semble atténuer légèrement le bacille de la tuberculose. Mais, d'après une observation clinique, il semble ne pas avoir d'action antipneumococcique, car un tuberculeux soumis au traitement par le nitrite d'amyle fut atteint de pneumonie fibrineuse.

Son action peut être rapportée à l'influence qu'il exerce sur la circulation pulmonaire : il facilite la circulation du sang dans le poumon hépatisé et le décongestionne.

M. Hayem a traité ainsi 77 pneumonies de janvier 1893 à fin juillet 1895, qui ont donné 16 décès sur 77 cas, soit 21 pour 100, chiffre très favorable pour l'hôpital Saint-Antoine où la pneumonie est généralement très meurtrière.

Les 16 décès comprennent 9 alcooliques, 1 méningite suppurée, 1 endocardite infectieuse, 1 péricardite, 1 nouvelle accouchée, 1 vieillard de soixante-dix-neuf ans, 2 cas amenés mourants.

Parmi les cas de guérison : 10 pneumonies bénignes non traitées par le nitrite d'amyle, 23 cas sérieux, 26 cas graves avec complication de cirrhose hypertrophique biliaire, de tumeur maligne de l'abdomen, d'affection cardiaque avancée, de syphilis médullaire, de parotidite suppurée, etc.

En somme, le traitement par le nitrite d'amyle est celui qui a donné à M. Hayem les meilleurs résultats dans un milieu où la pneumonie est des plus redoutables.

Traitement du hoquet par la respiration rythmée forcée. — **M. Merklen** lit une note de M. Félix Mathieu qui conseille, pour faire disparaître les spasmes du hoquet aigu, de faire une série de mouvements respiratoires profonds, rapides et ininterrompus, au nombre de 45 à 50 par minute. Ces respirations forcées agiraient sur les centres bulbaires en modifiant leur excitabilité par augmentation de l'oxygénation du sang et diminution de son acide carbonique.

Séance du 18 Octobre.

Sur un cas de paralysie de Landry avec lésions polio-myélitiques des centres nerveux liées à la présence d'un microbe (bactéridie charbonneuse). — **MM. Marie et Marinesco** présentent l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, palefrenier, qui entra à l'Hôtel-Dieu le 22 septembre 1895; depuis quinze jours il présentait tous les signes généraux d'une infection grave. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital survint une paraplégie à peu près complète, flasque, et quelques troubles de la sensibilité. Le 25 septembre, la paralysie était évidente pour les membres supérieurs, surtout à droite; le 26, elle était très marquée à la racine des deux membres supérieurs; le 27, le malade éprouvait une certaine gêne respiratoire (40 respirations par minute) et la température, qui jusqu'alors avait oscillé entre 38°,5 et 39 degrés, s'était abaissée à 37°,3.

Aggravation rapide : dans la nuit du 28 au 29 septembre, le malade eut le délire et mourut tout d'un coup, le 29 septembre au soir, ayant présenté un type classique de *paralysie ascendante-aiguë de Landry*.

A l'autopsie, on constata un ramollissement hémorrhagique, à maximum dans la région lombaire de la substance grise des cornes antérieures.

Les lésions histologiques consistaient en l'infiltration considérable des parois des vaisseaux des cornes antérieures et des septa pie-mériens; la plupart des vaisseaux étaient très hyperémiés, hyperémie pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie.

On trouve également des nodules inflammatoires, tantôt en rapport avec les vaisseaux, tantôt dans le tissu interstitiel.

Les lésions du parenchyme de la substance grise antérieure consistaient : pour la région lombaire, dans la nécrose et la fonte des éléments nerveux; pour les régions dorsale et cervicale, les cellules nerveuses présentaient 4 degrés de dégénération.

Dans les régions dorsale et cervicale de la moelle, dans le bulbe et le cerveau, il existait en grande abondance un microbe présentant, au point de vue morphologique, de grandes ressemblances avec la *bactéridie charbonneuse*; ces microbes, disposés parallèlement entre eux dans les vaisseaux, les oblitéraient parfois en déterminant de véritables thrombus bactériens.

Ce fait démontre que : 1° dans certaines formes de paralysie de Landry, il s'agit bien en réalité de lésions centrales relativement grossières, contrairement à ce qu'ont prétendu quelques auteurs qui ont considéré ce syndrome comme étant uniquement sous la dépendance de lésions périphériques; 2° dans ce cas des microbes semblent bien avoir joué le principal rôle dans la production des lésions.

Mais quel microbe était-ce ? Il présentait la plus grande analogie avec la bactéridie charbonneuse.

Un cas d'ictus laryngé. — **M. Merklen** a eu l'occasion d'observer un cas chez un maçon âgé de trente-neuf ans, qui se plaignait de chutes répétées avec perte de connaissance, se produisant deux ou trois fois par jour depuis trois semaines, et survenant toujours à l'occasion de violentes quintes de toux. La réalité de ces chutes était prouvée par des ecchymoses caractéristiques à la face. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de tare nerveuse chez ce malade qui, depuis dix ans, toussait tous les hivers; c'est à l'occasion d'une recrudescence récente de sa toux que s'étaient produites les premières chutes. Aucun stigmate d'hystérie, aucun signe d'épilepsie ni de tabes; rien au pharynx, ni à la luette, ni au larynx; mais, signes non douteux d'emphysème pulmonaire. Reins et cœur normaux. Pas de température.

Les crises d'ictus laryngé offraient les caractères classiques : début par un picotement au larynx déterminant une toux quinteuse, sensation de strangulation bientôt suivie de cyanose et de sueurs de la face, sorte de vague cérébral avec obnubilation de la vue et chute avec ou sans perte de connaissance, la chute marquant la fin de la crise.

L'antipyrine à la dose de 2 et 3 grammes par jour répondit très bien à l'indication thérapeutique qui était de modérer l'irritabilité du larynx et les quintes de toux spasmodique.

Pour certains auteurs (Knight, Garel et Collet) l'ictus laryngé serait dû surtout à un trouble de la circulation encéphalique; pour d'autres (Armstrong, Cartaz, Ruault), il s'agirait de troubles réflexes causés par l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures, excitations transmises aux centres bulbaires et déterminant tantôt de simples phénomènes spasmodiques, tantôt une véritable syncope, cette dernière théorie s'accordant avec les expériences de Brown-Séquard sur l'inhibition d'origine laryngée.

M. Merklen pense qu'il faut tenir compte des deux éléments : troubles circulatoires et hyperexcitabilité de la muqueuse laryngée.

Évacuation de calculs biliaires par la voie stomacale. — **M. Hayem** relate l'observation d'une malade de trente-six ans, qui rendit trente-huit calculs biliaires assez volumineux par la voie stomacale, à la suite de lavages d'estomac.

La maladie offrit trois périodes assez distinctes :

a) La première fut caractérisée par trois crises douloureuses qui revêtirent le masque de la colique hépatique sans ictère; *b*) la seconde phase fut marquée par le développement progressif d'une dilatation de l'estomac (par sténose pylorique d'origine extrinsèque); *c*) dans la troisième période, enfin, il y eut une nouvelle phase douloureuse caractérisée par des contractions péristaltiques violentes et des vomissements abondants et fréquents.

Ces douleurs et ces contractions violentes étaient dues vraisemblablement à l'irritation produite par la présence des calculs dans l'estomac; car, dès que les lavages stomacaux eurent amené le rejet des cholélithes, les symptômes d'irritation gastrique s'amendèrent et ne disparurent totalement et sans retour qu'après l'expulsion du dernier calcul. Ce qui confirme cette supposition, c'est que l'état statique de l'estomac (grande dilatation avec stase gastrique par sténose) ne s'est pas sensiblement modifié, bien que, depuis un an, il n'y ait plus ni crises douloureuses ni vomissements.

M. Hayem admet comme fort probable dans ce cas l'existence d'une communication entre la vésicule biliaire et la cavité gastrique : fistule cholécysto-gastrique de Galliard, dont l'expression clinique habituelle est, d'après cet auteur, la suivante : calcul volumineux unique ou calculs multiples vomis par un sujet qui n'a jamais eu d'ictère et qui a rejeté antérieurement ou simultanément de la bile, du pus ou du sang.

Cette observation montre les excellents résultats obtenus par les lavages, qui ont permis à l'estomac, trop dilaté pour se débarrasser des calculs contre lesquels il se révoltait inutilement depuis un assez long temps, d'évacuer ces calculs.

GLYCERO-PHOSPHATES DE BRUEL

Elixir — à base de GLYCERO-PHOSPHATES de SOUDE de Chaux et de Magnésie associés à l'ÉLIXIR de STOUGHTON et au Sulfate de Strychnine.

Stomachique puissant, médicament phosphaté rationnel, de beaucoup supérieur à tous les produits phosphatés existant à ce jour.

DOSES : *Adultes :* 2 à 4 cuillerées à soupe par jour 1/2 heure avant les repas. *Enfants :* 2 à 4 cuillerées à café par jour 1/2 heure avant les repas. dans un 1/2 verre d'eau ordinaire ou sucrée.

Sirop — à base de GLYCÉRO-PHOSPHATES de Chaux et de Magnésie

Régénérateur incomparable des os et de la substance nerveuse. D'un goût très agréable, ce sirop est accepté avec plaisir par les personnes les plus difficiles, il est indispensable à la thérapeutique infantile.

DOSES : *Adultes* : 1 à 2 cuillerées à soupe par jour. *Enfants :* 2 à 4 cuillerées à café.

Solution Injectable — de GLYCÉRO-PHOSPHATE de SOUDE

Maladies de la Moëlle, — Cachexies rebelles, — Aliénation mentale.

Cette solution est renfermée dans de petites ampoules de deux centimètres cubes contenant chacune une injection (chaque seringue de 1 centimètre cube contient 20 centigrammes de glycéro-phosphate de soude qui correspond à 37 centigrammes de phosphate de soude).

Chaque boîte contient dix ampoules, soit dix injections

Dans toutes les Pharmacies. PRÉPARATION et VENTE en GROS : SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS
Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures
MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE
Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCPO
Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

CARBONATE de CRÉOSOTE Marque "GRIFFON" GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

Le CARBONATE de CRÉOSOTE et le CARBONATE de GAÏACOL *(Marque "GRIFFON")*
N'irritent pas, comme la Créosote et le Gaïacol, les *voies digestives*, et sont facilement supportés par tous les malades.
TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES, PLEURÉSIE, etc.
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES
EXIGER la MARQUE "GRIFFON"

CARBONATE de GAÏACOL Marque "GRIFFON" GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES · TUBERCULOSES
CAPSULES COGNET
EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ
ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE
A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES
DRAGÉES DE FER COGNET
PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE
LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

OBJETS DE PANSEMENTS
DESNOIX
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
à l'Iodoforme, Oxyde de zinc, Huile de cade, Salol, Acide phénique, Acide salicylique, Ichtyol, Vigo, Emplâtre de Vidal, Résorcine, Calomel, etc., etc.
TOUS LES TISSUS PHARMACEUTIQUES
DESNOIX et DEBUCHY, 17, rue Vieille-du-Temple, 17, PARI